eOftalmo

Cisto de íris estromal congênito recidivado com catarata secundária: relato de caso

Recurrent congenital stromal iris cyst with secondary cataract: a case report

Gustavo Henrique Martins Rodrigues Montalvão[1], Manuella Neves da Rocha Nader[2], Cassiano Rodrigues Isaac[2], Gilson de Santana Menezes Junior[1], Vicente de Paula Freire da Silva Júnior[1], João Lucas Carvalho Achkar[1], Stella Cristina Alves Monreal[1]

1. Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.
2. Departamento de Oftalmologia, Escola Superior de Ciências da Saúde, Brasília, DF, Brasil.

PALAVRAS-CHAVE:

Doenças da íris; Catarata; Anormalidades congênitas; Relatos de casos.

RESUMO

Os cistos de íris estromais congênitos são lesões raras, que podem apresentar comportamento progressivo em crianças, com potencial de causar complicações visuais significativas. Este relato de caso descreve o manejo complexo de um paciente pediátrico com um cisto de íris estromal congênito de grandes dimensões e com toque endotelial e cristaliniano. O paciente apresentou rápida recorrência após o tratamento com laser, seguido por nova recidiva mesmo após a excisão cirúrgica primária, demandando reabordagem. No curso evolutivo, desenvolveu catarata secundária, a qual foi tratada cirurgicamente. O caso ressalta a imprevisibilidade de alguns cistos de íris, reforçando a importância de um diagnóstico preciso e de um manejo persistente. A experiência clínica destaca a necessidade de acompanhamento de longo prazo para detectar complicações tardias e enfatiza a relevância da intervenção precoce e de um planejamento cirúrgico meticuloso para preservar a função visual.

KEYWORDS:

Iris diseases; Cataract; Congenital abnormalities; Case reports.

ABSTRACT

Congenital stromal iris cysts are rare lesions that may exhibit progressive behavior in children, with the potential to cause several visual complications. This case report describes the complex management of a pediatric patient with a large congenital stromal iris cyst with endothelial and crystalline lenticular touch. The patient presented with rapid recurrence after laser treatment, followed by a new recurrence even after primary surgical excision, requiring re-intervention. In the clinical course, he developed a cataract secondary to the iris cyst/treatment, which was treated surgically. The case highlights the unpredictability of some iris cysts, reinforcing the importance of an accurate diagnosis and persistent management. The clinical experience highlights the need for long-term follow-up to detect late complications and emphasizes the relevance of early intervention and meticulous surgical planning to preserve visual function.

INTRODUÇÃO

As lesões císticas da íris compreendem um grupo heterogêneo de alterações cavitárias preenchidas por líquido. Podem ser classificadas em cistos primários (congênitos) e secundários (adquiridos), sendo os primeiros subdivididos em pigmentares e estromais. Os cistos estromais representam uma proliferação dentro do estroma iriano, sem comunicação direta com a câmara anterior[1,2]. Embora a prevalência de cistos iridociliares na população geral submetida à biomicroscopia ultrassônica (UBM) possa chegar a 4,9%[3], os cistos estromais primários são ainda mais raros, constituindo cerca de 16% dos cistos primários diagnosticados em crianças[4].

Autor correspondente: Gustavo Henrique Martins Rodrigues Montalvão. Email: gustavohmrm@gmail.com
Recebido em: 26 de Março de 2026. **Aceito em:** 14 de Julho de 2026.
Financiamento: Declaram não haver. **Conflitos de interesse:** Declaram não haver.

Como citar: Montalvão GHMR, Nader MNR, Isaac CR, Junior GSM, Júnior VPFS, Achkar JLC, Monreal SCA. Cisto de íris estromal congênito recidivado com catarata secundária: relato de caso. eOftalmo. 2026;12(3):108-13.

DOI: 10.17545/eOftalmo/2026.v12.0020

Esta obra está licenciada sob uma *Licença Creative Commons* Atribuição 4.0 Internacional.

Essas lesões manifestam-se frequentemente nas primeiras décadas de vida e podem apresentar crescimento progressivo na infância, quando a anatomia ocular está em desenvolvimento. Estudos apontam que os cistos estromais em crianças exibem alta taxa de progressão, com até 88% dos casos evoluindo com desfechos clínicos que exigem intervenção[4]. Entre as principais complicações estão o toque endotelial, a deformidade pupilar e a elevação da pressão intraocular por bloqueio angular ou inflamação secundária, com risco de glaucoma secundário e ambliopia[5].

A UBM e a tomografia de coerência óptica de segmento anterior (AS-OCT) são os métodos de escolha para a avaliação dessas lesões, permitindo mensurar sua extensão e analisar a relação anatômica com as estruturas adjacentes. A decisão terapêutica baseia-se na presença de sintomas ou na ameaça à integridade ocular, priorizando-se abordagens que respeitem o princípio da menor agressividade possível[6,7].

Este estudo tem como objetivo relatar um caso pediátrico de cisto estromal congênito de íris com comportamento recorrente após múltiplas abordagens terapêuticas e evolução para catarata secundária. Embora existam relatos de cistos estromais na literatura, o presente caso se justifica e se diferencia por reunir o desafio do escalonamento terapêutico sucessivo e a necessidade de acompanhamento a longo prazo, o que permitiu a identificação e o manejo de complicações tardias no eixo visual.

RELATO DE CASO

Paciente masculino, 2 anos de idade, foi admitido com história de lesão clara na íris do olho esquerdo (OE) desde o nascimento, associada a episódios de hiperemia ocular e lacrimejamento intermitentes no mesmo olho há 3 meses. Ao exame inicial, a avaliação da acuidade visual com correção (AV c/c) foi estimada em "fixa e segue objetos" em ambos os olhos (AO). Após avaliação por biomicroscopia ocular e UBM (Figura 1), foi identificada uma lesão cística primária congênita do estroma iriano ocupando a metade inferior da câmara anterior, com toque endotelial e cristaliniano. O exame evidenciou ângulo fechado na região do cisto e aberto nos outros três quadrantes, apresentando as seguintes medidas: 6,11 mm de diâmetro horizontal, 5,62 mm de diâmetro vertical e 2,61 mm de altura.

O tratamento inicial consistiu na aplicação de Nd:YAG laser para cistotomia anterior, utilizando-se baixos parâmetros de energia (disparos únicos, com potência ajustada progressivamente até a ruptura da parede anterior do cisto, sem necessidade de alta carga de energia secundária). O procedimento foi realizado sob sedação em regime ambulatorial, evoluindo com redução imediata do conteúdo cístico e complacência angular periférica, sem picos pressóricos imediatos ou hifema. Em cerca de 2 meses, apresentou a primeira recidiva do quadro, com o cisto ocluindo cerca de 90% do eixo pupilar. Submetido, então, à excisão cirúrgica por meio de dissecção de cisto iriano com ressecção de folheto anterior e dissolução parcial de sinéquias posteriores. A cirurgia evoluiu sem intercorrências intraoperatórias, resultando em uma íris de bom aspecto, pupila regular e apenas leucoma corneano inferior, fora do eixo visual, no pós-operatório imediato.

Após 6 meses da abordagem cirúrgica, apresentou nova recidiva do cisto, com toque endotelial das 6 às 8 horas, associado a dor intermitente. Dessa forma, foi submetido a uma nova reabordagem cirúrgica, desta vez realizando-se uma iridectomia setorial ampla, das 5 às 8 horas, englobando a base de implantação da lesão, por meio de incisão corneana temporal, superior e inferior, com necessidade de lavagem de câmara anterior com dupla via para retirada de sangue. O paciente evoluiu com íris de bom aspecto, com apenas sinéquia posterior em região inferior, sem novas recidivas do cisto. Após 18 meses do último procedimento, apresentou opacidade localizada de cápsula anterior do cristalino; a AV c/c era de 20/25 no olho direito (OD) e 20/30 no OE, optando-se pelo acompanhamento clínico do quadro.

Em nova reavaliação após 1 ano, o paciente apresentava catarata cortical 2/4+ comprometendo o eixo visual e piora da AV c/c no OE para 20/100. Foi realizada a facectomia em OE, com necessidade de uso de ganchos de íris devido à má dilatação, com implante de lente intraocular (LIO) em saco capsular sem intercorrências intraoperatórias, seguida após 5 meses de capsulotomia posterior com Nd:YAG laser devido à opacificação capsular secundária. Após 7 meses da capsulotomia, aos 6 anos de idade, apresentava córnea com transparência central e sem edema, leucoma em porção inferior, câmara anterior formada, íris em bom aspecto com iridectomia inferior, pupila centrada e LIO tópica (Figura 2), com AV c/c de 20/25 no OD e 20/40 no OE.

No último exame, aos 9 anos de idade, o paciente mantinha AV c/c de 20/20 no OD e 20/30 no OE. Embora a densidade celular do endotélio corneano do OE, avaliada por microscopia especular, fosse signifi-

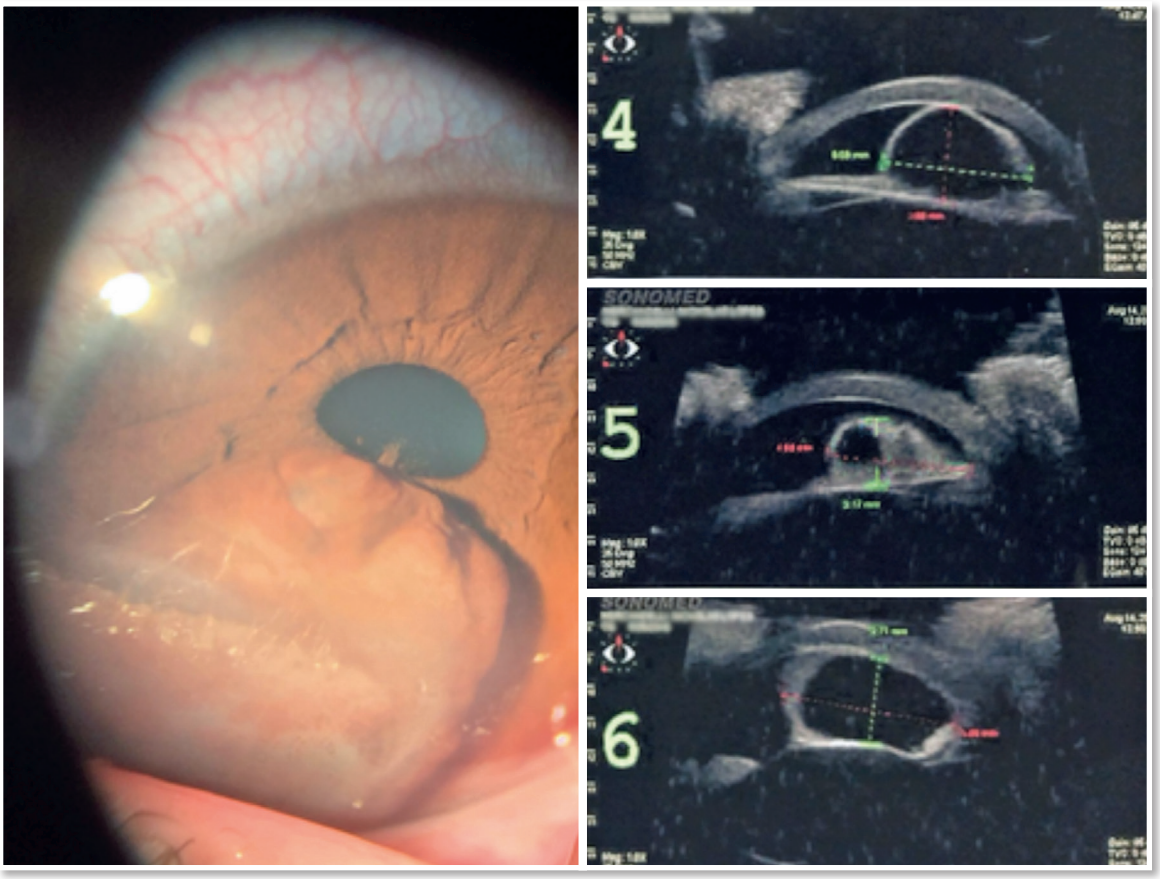


Figura 1. Biomicroscopia e UBM de quadro inicial.

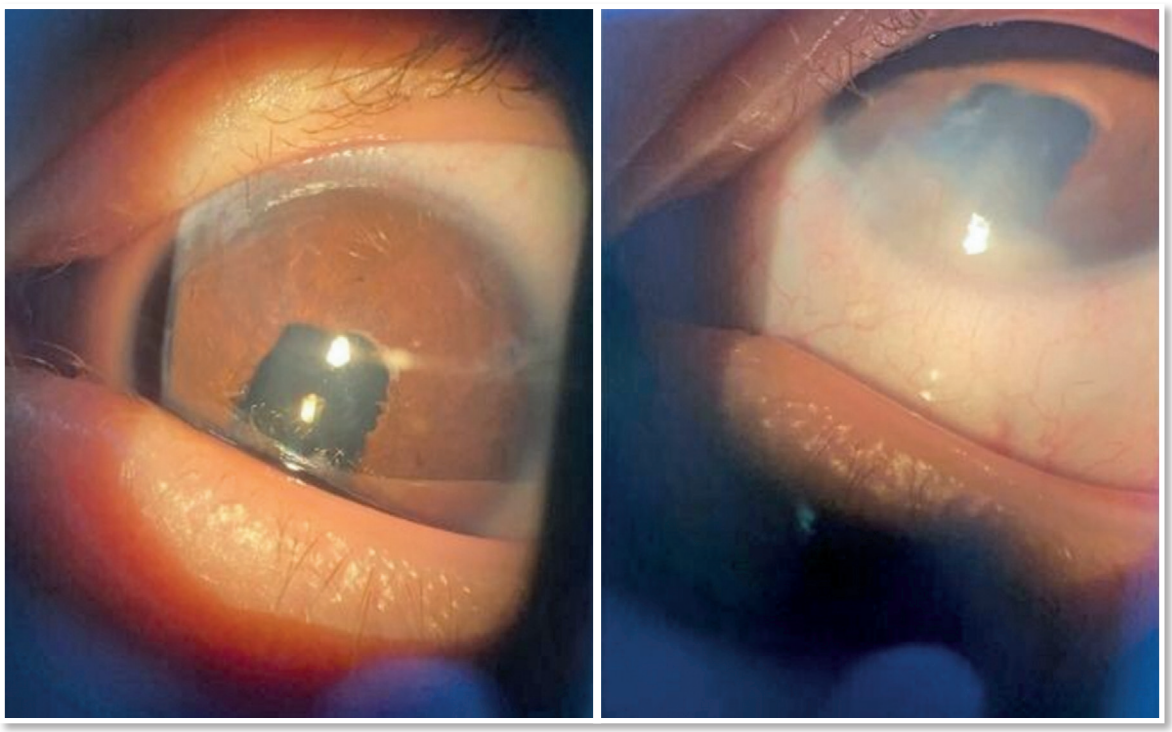


Figura 2. Pós iridectomia setorial de cisto recidivado e facectomia com implante de LIO.

cativamente menor (1421 céls/mm²) em comparação com o olho contralateral (2926 céls/mm²), a córnea se manteve estável e sem sinais de edema ou descompensação (Figura 3).

DISCUSSÃO

Historicamente, o diagnóstico diferencial entre lesões císticas e neoplasias sólidas do segmento anterior representava um importante desafio propedêutico[2]. Atualmente, o advento de tecnologias de imagem de alta resolução transformou essa abordagem. A UBM consolidou-se como ferramenta indispensável, pois sua capacidade de emitir ondas de alta frequência viabiliza a delimitação de estruturas retroirianas e do corpo ciliar, permitindo mensurar com precisão o diâmetro e a profundidade da lesão[8]. Paralelamente, a AS-OCT complementa a propedêutica ao fornecer detalhes micrométricos da superfície anterior e das paredes do cisto[9]. No caso relatado, a UBM foi crucial não apenas para ratificar a natureza estromal da patologia, mas também para mapear o estreito contato anatômico da lesão com o endotélio corneano e o cristalino, direcionando as estratégias cirúrgicas subsequentes.

O direcionamento terapêutico dos cistos estromais primários de íris é complexo e varia conforme o ritmo de crescimento da lesão. Enquanto a conduta expectante encontra respaldo em casos de comportamento indolente e dimensões reduzidas — padrão comumente observado em adultos —, a abordagem em crianças exige um limiar de intervenção mais baixo devido à rapidez com que as estruturas oculares são acometidas na primeira infância[4]. A indicação cirúrgica precoce nesses pacientes jovens fundamenta-se na necessidade de resguardar o desenvolvimento visual normal e a integridade anatômica do segmento anterior[1]. No caso em tela, a evolução natural da patologia confirmou esse padrão de agressividade, ratificando que a conduta puramente conservadora seria insuficiente.

Diante da necessidade de intervir, a escolha inicial pelo Nd:YAG laser encontrou sustentação em relatos prévios de sucesso na literatura, os quais descrevem a eficácia dessa técnica menos invasiva em pacientes adultos com cistos primários (estromais ou de epitélio pigmentar), obtendo regressão sustentada do volume cístico e melhora visual sem intercorrências[10,11]. Contudo, no presente relato pediátrico, o benefício da cistotomia a laser mostrou-se temporário, culminando em rápida recidiva em dois meses. Esse desfecho assemelha-se aos achados de Shields e colaboradores[12], que ao avaliarem uma série de 16 pacientes com cistos estromais volumosos, observaram falha em 100% dos casos submetidos a abordagens puramente esvaziantes, como a aspiração simples. O mecanismo histopatológico que justifica essa refratariedade precoce reside no fato de que a abertura térmica ou o esvaziamento da parede por agulha são incapazes de erradicar o revestimento celular epitelial secretor interno do cisto, permitindo que as células ectodérmicas aprisionadas mantenham a produção ativa de fluido[13].

Ademais, o comportamento expansivo típico dos cistos estromais na infância — em contraste com o caráter majoritariamente estável em adultos[12] — justifica por que mesmo a primeira dissecção cirúrgica com ressecção isolada do folheto anterior não obteve o sucesso esperado, recidivando após seis meses. Essa evolução sucessiva de refratariedade ao laser e à ressecção parcial demonstrou que, para alcançar a resolução em quadros pediátricos complexos, torna-se imperativo o emprego de técnicas que destruam ou eliminem definitivamente o tecido secretor. Enquanto Shields e colaboradores[12] preconizam o uso associado de agentes químicos esclerosantes (como o álcool absoluto) após a falha da aspiração simples, o caso em questão encontrou sua resolução definitiva por meio de uma iridectomia setorial ampla, abordagem cirúrgica que se consolidou como definitiva ao remover em bloco a base de implantação da lesão iriana.



Figura 3. Após acompanhamento de longo prazo, aos 9 anos de idade.

O desenvolvimento tardio de catarata secundária neste paciente pode ser postulado por um mecanismo multifatorial correlacionado à cronicidade do quadro. O toque persistente exercido pelo cisto volumoso promoveu estresse mecânico focal sobre a cápsula anterior, alterando sua permeabilidade e o metabolismo das fibras lenticulares locais[14]. Adicionalmente, o histórico de múltiplos insultos pode ter induzido uma resposta inflamatória tecidual de baixo grau, acelerando a opacificação na infância[15]. Diante disso, a condução cirúrgica escalonada — progredindo do laser para a ressecção parcial e, finalmente, para a iridectomia setorial ampla com facectomia — provou-se eficaz para restabelecer a anatomia ocular e garantir a reabilitação visual. Apesar da perda substancial de células endoteliais no olho esquerdo, a manutenção da transparência corneana central e a acuidade visual final corrigida de 20/30 aos 9 anos validam o impacto positivo da intervenção oportuna e do acompanhamento rigoroso de longo prazo neste complexo quadro pediátrico.

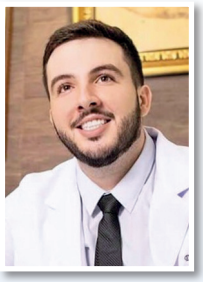
REFERÊNCIAS

1. Georgalas I, Petrou P, Papaconstantinou D, Brouzas D, Koutsandrea C, Kanakis M. Iris cysts: A comprehensive review on diagnosis and treatment. Surv Ophthalmol. 2018;63(3):347-364.
2. Hildreth T, Maino J, Hartong T. Primary and secondary iris cysts. J Am Optom Assoc. 1991;62(8):588-92.
3. Cronemberger S, Ferreira DM, Diniz Filho A, Mérula RV, Calixto N. Prevalência de cistos iridociliares em exames de biomicroscopia ultra-sônica. Arq Bras Oftalmol. 2006;69(4):471-475.
4. Shields JA, Shields CL, Lois N, Mercado G. Iris cysts in children: classification, incidence, and management. The 1998 Torrence A Makley Jr Lecture. Br J Ophthalmol. 1999;83(3):334-8.
5. Tavares PM, Herzog Neto G, Vilar EAG, Demori EM, Ventura MP, Solari HP. Iris cyst and atypical complications. Rev Bras Oftalmol. 2021;80(3):e0011.
6. Köse HC, Gündüz K, Hoşal MB. Iris Cysts: Clinical Features, Imaging Findings, and Treatment Results. Turk J Ophthalmol. 2020;50(1):31-36.
7. Ayres B, Allemann N, Nakanami C, Adan CBD. Cistos primários do epitélio pigmentar da íris e corpo ciliar: aspectos de biomicroscopia ultra-sônica. Arq Bras Oftalmol. 2000;63(5):337-43.
8. Augsburger JJ, Affel LL, Benarosh DA. Ultrasound biomicroscopy of cystic lesions of the iris and ciliary body. Trans Am Ophthalmol Soc. 1996;94:259-71.
9. Hau SC, Papastefanou V, Shah S, Sagoo MS, Restori M, Cohen V. Evaluation of iris and iridociliary body lesions with anterior segment optical coherence tomography versus ultrasound B-scan. Br J Ophthalmol. 2015;99(1):81-6.
10. Landim G, Léda R, Sobrinho V. Cisto de íris estromal primário em adulto tratado com Nd:YAG laser: relato de caso. eOftalmo. 2019;5(3):149-53.
11. Costa JCL, Montenegro ACP, Santos AV, Dias MBC, Dias TJ, Stenio R. Cistos irianos primários sintomáticos tratados com fotocoagulação a laser de Nd:YAG de dupla frequência. Rev Bras Oftalmol. 2017;76(4):198-201.
12. Shields CL, Arepalli S, Lally EB, Lally SE, Shields JA. Iris Stromal Cyst Management With Absolute Alcohol–Induced Sclerosis in 16 Patients. JAMA Ophthalmol. 2014;132(6):703-8.
13. Shields JA, Kline MW, Augsburger JJ. Primary iris cysts: a review of the literature and report of 62 cases. Br J Ophthalmol. 1984;68(3):152-66.
14. Mahjoub A, Abdesslem NB, Jouini A, Abderrazek AB, Ghorbel M, Mahjoub H. Surgical management of post-traumatic iris cyst: A case report. Int J Surg Case Rep. 2023 Apr:105:108037.
15. Budhwani M, Potti S. Traumatic cataract with iris cyst - A combined approach. Indian J Ophthalmol Case Rep. 2022;2(1):269-70.

INFORMAÇÃO DOS AUTORES



» **Gustavo Henrique M. R. Montalvão**
https://orcid.org/0000-0001-8310-0469
http://lattes.cnpq.br/4284733012830478



» **Vicente de Paula Freire da Silva Júnior**
https://orcid.org/0000-0002-2021-3818
http://lattes.cnpq.br/8490622827213279



» **Manuella Neves da R. Nader**
https://orcid.org/0009-0002-3099-730X
http://lattes.cnpq.br/7788292000906806



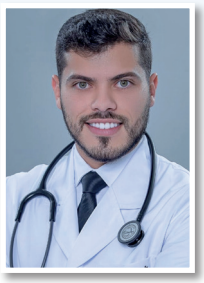
» **João Lucas Carvalho Achkar**
https://orcid.org/0009-0007-8779-6142
http://lattes.cnpq.br/6330181327962834



» **Cassiano Rodrigues Isaac**
https://orcid.org/0000-0002-4872-1451
http://lattes.cnpq.br/0982856065472123



» **Stella Cristina Alves Monreal**
https://orcid.org/0009-0006-3410-3552
http://lattes.cnpq.br/0419830954067675



» **Gilson de Santana Menezes Junior**
https://orcid.org/0009-0002-9359-0275
http://lattes.cnpq.br/7073052529955519